

## بررسی نتایج درمان آسیب‌های سیستم اسکلتی عضلانی به روش سنتی در بیماران مراجعه کننده به کلینیک ارتوپدی بیمارستان شهدای عشایر خرم آباد در شش ماهه اول سال ۱۳۸۴

دکتر بابک سیاوشی\*، دکتر مهرداد منصوری\*\*، مژگان ساکی\*\*\*، مریم رجب‌زاده\*\*\*\*

### چکیده:

زمینه و هدف: درمان‌های سنتی هنوز هم در پاره‌ای موارد مؤثر می‌باشد، ولی به نظر می‌رسد در مورد سیستم اسکلتی عضلانی عوارض زیادی برجا می‌گذارد، لذا جهت تعیین این عوارض تصمیم گرفتیم که نتایج این درمان روی سیستم اسکلتی عضلانی را بررسی نماییم. این درحالی است که شکسته‌بندهای محلی بدون هیچ مجوزی و به صورت آزادانه فعالیت می‌کنند و جوابگوی این عوارض نمی‌باشند.

مواد و روش‌ها: از تاریخ ۸۴/۱/۱ لغایت ۸۴/۶/۳۱ بیمارانی که به کلینیک ارتوپدی بیمارستان شهدای عشایر خرم آباد مراجعه کردند و بخاطر آسیب‌های سیستم اسکلتی عضلانی‌شان تحت درمان سنتی از قبیل تخته‌بند کردن و مرهم گذاشتن قرار گرفته بودند، وارد مطالعه شدند. عوارض حاصل از درمان‌ها و نیز نوع شکستگی، آسیب، سن، جنس، سطح تحصیلات فرد یا والدین وی ثبت شد.

یافته‌ها: ۱۰۴ بیمار توسط شکسته‌بند محلی درمان شده بودند. شایعترین آسیب که توسط روش سنتی درمان شده بود، شکستگی دیستال رادیوس بود (۲۱٪) و رتبه دوم شکستگی متافیز دیستال رادیوس (۹/۶٪) بود.

بیشترین تعداد بیماران یا والدین آنها دارای مدرک تحصیلی سیکل بودند (۳۰/۷٪)، شایعترین عارضه آنها مالیونیون (بدجوش خوردن) و رتبه دوم کاهش حرکات مفصل مجاور عضو صدمه دیده بود (به ترتیب ۴۱٪ و ۱۷٪). بیشترین روش درمان مورد استفاده تخته بند کردن بود (۷۱٪).

نتیجه‌گیری: بیشتر بیماران درمان شده به روش سنتی فقط دچار یک مشکل بودند، لذا نیازی به مراجعه به بیمارستان حس نکردند و به شکسته‌بند محلی مراجعه کردند.

با توجه به اینکه شایعترین عارضه مالیونیون بود، به نظر می‌رسد که عدم انجام رادیوگرافی قبل از درمان سبب می‌شود که بیماران از جابجایی قطعات شکسته اطلاع نداشته باشند و وجود شکستگی و وخامت اوضاع برایشان عینیت نداشته است و نیز فرد درمان‌گر اطلاعی از وضعیت قطعات و جابجایی آنها نداشته باشد، لذا نتواند جاناندازی خوبی انجام دهد.

محدودیت حرکت مفاصل هم به خاطر وضعیت بد بی‌حرکتی و درمان توسط شکسته‌بند محلی و هم بخاطر عدم انجام فیزیوتراپی مناسب حین درمان و بعد درمان می‌باشد.

### واژه‌های کلیدی: شکستگی، درمان سنتی

نویسنده پاسخگو: دکتر بابک سیاوشی

تلفن: ۶۶۷۰۱۰۴۱

Email: Siavashi@Tums.ac.ir

\* استادیار گروه جراحی استخوان و مفاصل، دانشگاه علوم پزشکی تهران، بیمارستان سینا، بخش جراحی استخوان و مفاصل

\*\* استادیار گروه جراحی استخوان و مفاصل، دانشگاه علوم پزشکی لرستان، بیمارستان شهدای عشایر، بخش جراحی استخوان و مفاصل

\*\*\* مربی پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی لرستان، بیمارستان شهدای عشایر، بخش جراحی استخوان و مفاصل

\*\*\*\* دانشجوی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی لرستان

تاریخ وصول: ۱۳۸۷/۰۳/۱۹

تاریخ پذیرش: ۱۳۸۷/۰۹/۱۰

## زمینه و هدف

تروما و عوارض ناشی از آن از دیرباز یکی از مشکلات جوامع بشری بوده است و در هر دوره انسان‌ها برحسب دانش و توانایی خودشان به رفع این مشکلات همت گماشته‌اند. امروزه با توجه به پیشرفت‌هایی که در زمینه علم طب و ارتوپدی و شناخت دقیقی که از سیستم اسکلتی عضلانی بدن و آناتومی وجود دارد،<sup>۱</sup> به نظر نمی‌رسد که هنوز در گوشه و کنار کشور روش سنتی درمان شکستگی‌ها و آسیب‌های سیستم اسکلتی عضلانی توسط افرادی که صلاحیت رسمی درمان شکستگی‌ها را ندارند به کار برده شود لیکن هنوز هم در پاره‌ای از موارد استفاده می‌شود. با توجه به فراوانی عوارض این نوع درمان در جامعه و از آنجا که هیچ ارگانی نظارتی بر عملکرد آن ندارد و بدتر از همه اعتقاد زیاد مردم به این نوع درمان و چشم پوشی از عوارض آن، ما بر آن شدیم که مجموعه‌ای از نتایج درمان‌های سنتی شکستگی‌ها و آسیب‌های سیستم اسکلتی عضلانی را جمع‌آوری کنیم.

## مواد و روش‌ها

مطالعه به صورت مجموعه موردی انجام می‌شود. روش نمونه‌گیری Consecutive بود و هر مریضی که از تاریخ ۸۴/۱/۱ لغایت ۸۴/۶/۳۱ به کلینیک ارتوپدی بیمارستان شهدای عشایر خرم آباد مراجعه می‌کرد و به روش سنتی تحت درمان آسیب‌های اسکلتی عضلانی مثل شکستگی‌ها، پیچ‌خوردگی‌ها و زخم‌ها قرار گرفته بود، وارد مطالعه می‌شد و جنس، سن، تحصیلات وی و نوع شکستگی یا آسیب اسکلتی عضلانی وی ثبت می‌شد و سپس معاینه عضو آسیب دیده از نظر حسی، حرکتی و محدوده حرکت مفاصل انجام می‌شد. چنانچه لازم بود رادیولوژی از عضو صدمه دیده به عمل می‌آمد و احیاناً جوش خوردگی معیوب یا جوش نخوردن ثبت می‌گردید. نوع درمان مد نظر قرار می‌گرفت و در برگه مخصوص ثبت می‌شد. در مورد سطح تحصیلات چنانچه فرد زیر ۱۸ سال سن داشت، تحصیلات وی ثبت می‌شد و چنانچه فرد بالای ۱۸ سال بود، تحصیلات والدینش مدنظر قرار می‌گرفت.

## یافته‌ها

تعداد ۱۰۴ نفر از کسانی که طی ۶ ماهه اول سال ۱۳۸۴ به درمانگاه ارتوپدی بیمارستان شهدای عشایر خرم آباد مراجعه کرده بودند، به روش سنتی درمان شده بودند. میانگین سنی آنها ۳۴/۷ سال (محدوده سنی ۶ تا ۷۷ سال) بود، تعداد ۶۲ نفر مرد (۶۰٪) و ۴۲ نفر زن (۴۰٪) بودند. شایعترین نوع شکستگی که درمان شده بود شکستگی دیستال رادیوس بالغین بود (۲۱/۱٪) و رتبه دوم شکستگی متافیز دیستال رادیوس اطفال بود (۹/۶٪). شایعترین عارضه درمان شکستگی‌ها و آسیب‌های سیستم عضلانی اسکلتی مالیونیون (۴۱/۳٪) و رتبه دوم محدودیت حرکات مفاصل (۱۷/۳٪) بود. اغلب سطح تحصیلات سیکل داشتند (۳۰/۷٪). بیشترین روش درمان تخته بند کردن (۷۱/۱٪) بود که یا به تنهایی یا به همراه مرهم گذاری انجام می‌شد (تصویر ۱). هیچیک از بیماران در ابتدا رادیوگرافی انجام نداده بودند، ولی اغلب پس از درمان شدن و بروز عارضه جهت رادیوگرافی مراجعه کرده بودند.



تصویر ۱- تخته بند کردن شکستگی ساعد

جداول زیر نشان‌دهنده دقیق‌تر توزیع فراوانی بیماران درمان شده بر حسب جنس، نوع آسیب، سطح تحصیلات، روش درمان و عارضه حاصل از درمان می‌باشد (جداول ۱ تا ۵).

دکتر بابک سیاوشی - بررسی نتایج درمان آسیب‌های سیستم ...

جدول ۱ - توزیع فراوانی بیماران درمان شده به روش سنتی برحسب جنس

جنس	تعداد	درصد
مرد	۶۲	۶۰٪
زن	۴۲	۴۰٪
جمع	۱۰۴	۱۰۰٪

شایعترین روش درمان انجام شده تخته‌بند کردن بوده است. هیچ یک از بیماران قبل از درمان سنتی توسط شکسته بند محلی در مورد احتمال وجود عارضهٔ درمان شکستگی به روش سنتی توجیه نشده بودند و هیچ یک از بیماران که با عارضه درمان شده بودند، تمایلی به پیگیری و شکایت از شکسته‌بند محلی را نداشتند. هیچ یک از بیماران در دو اندام مشکل نداشتند، هیچ یک مولتیپل تروما نبودند و هیچ یک هم ضربهٔ مغزی یا آسیب احشایی همراه نداشتند.

جدول ۲ - توزیع فراوانی بیماران درمان شده به روش سنتی برحسب نوع بیماری و آسیب سیستم اسکلتی عضلانی

نوع آسیب سیستم اسکلتی عضلانی	تعداد	درصد
شکستگی دیستال رادیوس با لگین	۲۲	۲۱/۱٪
شکستگی ساعد	۸	۷/۶٪
شکستگی متافیز دیستال رادیوس	۱۰	۹/۶٪
شکستگی سوپر آکندیلار هومروس	۶	۵/۷٪
شکستگی ساق	۱۰	۹/۶٪
شکستگی انگشت دست	۱۰	۹/۶٪
شکستگی پاتالا	۲	۱/۲٪
شکستگی بای مائلول	۴	۳/۸٪
شکستگی سوپر آکندیلار فمور	۲	۱/۲٪
شکستگی متاتارس	۸	۷/۶٪
شکستگی گردن فمور	۴	۳/۸٪
شکستگی اینترتروکانتریکر فمور	۲	۱/۹٪
شکستگی متاکارپ	۲	۱/۹٪
شکستگی تالوس	۴	۳/۸٪
شکستگی مدیال اپی کندیل هومروس	۲	۱/۹٪
شکستگی لترال کندیل هومروس	۲	۱/۹٪
شکستگی هومروس	۲	۱/۹٪
آسیب و زخم نسج نرم	۴	۳/۸٪
جمع	۱۰۴	۱۰۰٪

جدول ۳ - توزیع فراوانی بیماران درمان شده به روش سنتی برحسب تحصیلات

سطح تحصیلات	تعداد	درصد
بی سواد	۱۶	۱۵/۳٪
ابتدائی	۲۶	۲۵٪
سیکل	۳۲	۳۰/۷٪
دیپلم	۲۸	۲۶/۹٪
بالا تر از دیپلم	۲	۱/۹٪
جمع	۱۰۴	۱۰۰٪

جدول ۴ - توزیع فراوانی بیماران درمان شده به روش سنتی بر حسب عارضهٔ درمان سنتی

عارضه	تعداد	درصد
دیستروفی سمپاتیک	۸	۵/۳٪
مالیونیون	۶۲	۴۱/۳٪
محدودیت حرکت	۲۶	۱۷/۳٪
نکروز پوست	۶	۴٪
اختلال حس و حرکت (سندرم کمپارتمان)	۸	۵/۳٪
نانیونیون	۲۴	۱۶٪
آواسکولار نکروز	۴	۲/۶٪
کوتاهی عضو	۴	۲/۶٪
بدون عارضه	۸	۵/۳٪
جمع	۱۵۰	۱۰۰٪

جدول ۵ - توزیع فراوانی بیماران درمان شده به روش سنتی برحسب نوع درمان

نوع درمان	تعداد	درصد
تخته بندی	۷۴	۷۱/۱٪
گچ گیری غیر علمی	۸	۷/۶٪
بانداز سنتی	۴	۳/۸٪
مرهم گذاری	۱۸	۱۷/۳٪
جمع	۱۰۴	۱۰۰٪

## بحث و نتیجه‌گیری

با اندکی تأمل در نتایج به دست آمده درمی‌یابیم که بسیاری از آسیب‌های وارد شده در کسانی که به روش سنتی و غیر عملی درمان شده‌اند، از نوع کم انرژی بوده است که حال عمومی بیمار بد نبوده است و اغلب تنها یک عضو آسیب دیده داشته‌اند، لذا تحت درمان توسط شکسته‌بندی محلی قرار گرفته‌اند و چون در ابتدا هیچیک رادیوگرافی انجام نداده بودند لذا وجود شکستگی با جابجایی که نیاز به درمان علمی داشته باشد را در خود احساس نکرده‌اند.

هیچیک از بیماران بخاطر عدم هشدار توسط شکسته‌بند محلی از احتمال عارضه آگاه نبوده‌اند و چه بسا اگر کوچکترین گوشتزدی در این زمینه به آنها می‌شد شاید تن به چنین روش درمانی نمی‌دادند. در مورد تخته‌بند کردن که بیشترین روش درمانی مورد استفاده بوده است به هیچ وجه به آناتومی منطقه، فشار وارده به تخته‌ها حین بستن، بالشتک‌گذاری مناسب بین تخته‌ها و پوست، جااندازی مناسب قبل از فیکس کردن تخته‌ها،<sup>۶</sup> قرار دادن اندام در وضعیت مناسب جهت جلوگیری از اعمال نیرو توسط عضلات تغییر وضعیت دهنده قطعات<sup>۷</sup> توجه نمی‌شده است و علائم نکروز پوست روی برجستگی استخوانی<sup>۸</sup> و وجود آسیب‌های عروقی عصبی و سندرم

کمپارتمان مؤید این بی‌دقتی است که علاوه بر مالیونیون و نانیونیون که به هر حال قابل درمان خواهند بود،<sup>۹</sup> عوارض جبران نشدنی مثل از دست رفتن فانکشن عصبی عروقی<sup>۱۰</sup> برای بیمار به جا می‌گذارند.

به نظر می‌رسد که پائین بودن سطح تحصیلات از عوامل مهم تن دادن به این نوع درمان می‌باشد، در نهایت توجیه می‌شود.

رسانه‌های عمومی مثل تلویزیون، رادیو، جراید به روش‌های مختلف عوارض این نوع درمان‌های غیر علمی را به مردم نشان دهند.

معاونت درمان جهت پیگیری و ممانعت از کار شکسته‌بندهای محلی اقدام نماید.

تمام اقشار جامعه به نحوی تحت پوشش بیمه قرار گیرند تا بتوانند با هزینه کمتری از امکانات درمان علمی برخوردار شوند و مجبور نباشند احتمالاً بخاطر صرفه جویی در هزینه‌ها تن به درمان‌های غیر علمی بدهند.

خانه‌های بهداشت در روستاها بعنوان سطح اول اقدامات بهداشتی درمانی در امر درمان مناسب آسیب‌های اسکلتی عضلانی از سیستم ارجاع استفاده بهتری نمایند.

**Abstract:**

**Evaluation of the Results of Traditional Treatment of  
Musculoskeletal Injuries at Khorramabad's Shohadaye Ashayer  
Hospital of in the First 6 Months of 2005**

*Siavashi B. MD<sup>\*</sup>, Mansori M. MD<sup>\*\*</sup>, Saki M.<sup>\*\*\*</sup>, Rajabzadeh M.<sup>\*\*\*\*</sup>*

**Introduction & Objective:** Traditional treatments sometimes are effective but it seems that in musculoskeletal injuries it leads to many complications so we decide to evaluate the results in this field, on the other hand local bone setters do their intervention without any permission by health organizations and they are not responsible for the complications.

**Materials & Methods:** This study involves those patients who had been treated by bonesetters via traditional methods such as splinting by wood and referred to the orthopedic clinic of Khorramabad's Shohadaye Ashayer hospital in the time interval 20.01.2005 to 20.08.2005.

**Results:** 104 Patients had been treated by nonscientific methods. The most common injury which was treated by this method was distal radius fracture (21%) and the second most common injury was fracture of metaphysis of distal radius (9.6%). The most common education level of patients or their parents was mid school certificate (30.7%). The most common complication was malunion and the second was restriction of range of motion (ROM) (41% and 17% by order). The most common method was wood splinting (71%).

**Conclusions:** Most of the patients who had been treated with traditional methods had only one musculoskeletal injury. So they didn't feel that it was necessary to refer to hospital, thereby referred they prefer to bonesetters.

The most common complication is malunion so it seems that because patients have no X-rays they have no insight about displacement of bones and don't exactly feel their problem's depth and on the other hand bone setters cannot reduce fractures correctly because they don't know positions of fracture parts. Limitation of R.O.M occurs because of malpositioning of extremities by bonesetters and lack of appropriate physiotherapy during and after the treatment.

***Key Words: Fracture, Traditional Treatment***

<sup>\*</sup> Assistant Professor of Orthopedic Surgery, Tehran University of Medical Sciences and Health Services, Sina Hospital, Tehran, Iran

<sup>\*\*</sup> Assistant Professor of Orthopedic Surgery, Lorestan University of Medical Sciences and Health Services, Shohadaye Ashayer Hospital, Tehran, Iran

<sup>\*\*\*</sup> Nurse Instructor, Lorestan University of Medical Sciences and Health Services, Shohadaye Ashayer Hospital, Lorestan, Iran

<sup>\*\*\*\*</sup> Medical Student, Lorestan University of Medical Sciences and Health Services, Lorestan, Iran

## References:

1. Kettelkamp DB, Hillberry BM, Murrish DE, Heck DA: Degenerative arthritis of the knee secondary to fracture malunion, clinical orthopedics 234-159, 1998.
2. Conwell HE, Reynolds FC: key and Canwells management of fractures and dislocations, 7th ed, st louis, 1999 Mosby.
3. Steindler A, Marxer JL; The traumatic deformities and disabilities of the upper extremity, spring field, 1998, Charles C Thomas.
4. Boyd HB, Lipinski SW: observations on nonunion of the shafts of long bones, J Bone and joint surg. 43- A: 159, 1961.
5. S. Terry Canale: Campbell's operative orthopedics, Mosby, 9th ed, 1998, vol 3, P 2579.
6. Bauer M, Bergstrom B, Hemborg A. Malleolar fracture, operative versus nonoperative treatment. Clinic Ortho, 2002, 199: 17-27.
7. Bone L, Sucato D, Stegemann P. Displaced isolated fracture of tibia treated with casting. J bone joint surg, 2001, 79: 1336-1341.
8. Cooney W, Dobyns J, Linscheid R. Complications of Colles' fracture. J bone joint surg, 2000, 62A: 613-619.
9. Rosen H, Chrissos R. Treatment of humeral shaft nonunion and pseudoarthrosis. Clinic Orth, 2003, 21: 740-746.
10. Owen R, Tsimbokis B, Thomas J. Ischemia complicating closed tibia and fibula fracture. J Bone Joint Surg, 2002, 49: 267-275.
11. Ogunlusi Johnson, Oluwadia Kehinde, Oginni Lawrence. Acquired boneless forearm as a complication of traditional bone setting. Orthopedics, 2008, 31(3): 288.
12. Mahai Savaria Banchong MD. Late treatment of displaced supracondylar fracture of humerus using early wedge osteotomy. Techniques in orthopedics, 2006, 21(2): 150-157.
13. Haung Chun Hsiung MD. Treatment of neglected femoral neck fracture in young adult. Clinical orthopedics and related research, 1986, 206: 117-126.
14. Boyd Harold MD. I consulted with an African witch doctor. Clinical orthopedics and related research, 1982, 165: 14-15.